|  |  |
| --- | --- |
| [Nome società][Slogan società][Via e numero civico]Telefono [Numero di telefono]Fax [Numero di fax] | FATTURA |
| Fattura n.[100]Data: [Selezionare la data] |

|  |  |
| --- | --- |
| A:[Nome][Nome società][Via e numero civico][Codice paese - CAP Città (Provincia)][Numero di telefono] | Per:[Descrizione o servizio del progetto]Ordine n. [A24] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIZIONE | ORE | TARIFFA | QUANTITÀ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | TOTALE |  |

|  |
| --- |
| Intestare tutti gli assegni a [Nome società]Saldo entro 15 giorni. In caso di pagamento dopo la scadenza verrà addebitata una commissione dell'1% mensile. |
| Grazie per la fiducia accordataci. |